

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

事業所番号	1292200134		
法人名	有限会社ホットライン		
事業所名	グループホームぬくもりの家船戸		
所在地	〒277-0802 千葉県柏市船戸1739番地の4		
自己評価作成日	平成29年2月23日	評価結果市町村受理日	平成29年5月1日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人ACOPA		
所在地	我孫子市本町3-7-10		
訪問調査日	平成29年3月14日		

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

平成23年に開設し、理念である自分の家と思って頂ける様なぬくもりのある施設を目指し、日々の業務を行っている。その人の持てる力を引き出し自立と尊厳を目指し、声掛け、見守り支援を行っている。その為に職員一人一人から情報を得る様にしている。1か月に1回、職員会議を定期的に行って情報共有をしている。身寄りのいない人でも、成年後見人等の申請を地域包括支援センター及び福祉活動推進課の強力を得、入居が可能になるよう努力している。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

法人代表の地元という地の利・住民との縁を活かし、近くにある系列のグループホームと協力・連携して運営される1ユニットのホームである。今年で就任2年目を迎える若いホーム長がベテランのケアマネジャーをはじめとする職員と協力して理念の「ここは私の家と思って頂く」を目指し支援に取り組んでいる。持っている力を引き出し自立度を高める工夫は、24時間見守りと声掛け、トイレ誘導で、自立した排泄が可能となる等の成果に結びついている。なかなか馴染めず、帰宅願望のある利用者とはじっくり話を伺い、故郷福島まで墓参りに同行し、心を落ち着かせるなど一人ひとりに寄り添う丁寧な支援がなされている。ホームの名前でもあるぬくもりのある支援が随所に見受けられる運営となっている。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

## 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎朝欠かさず朝礼の際、理念の唱和を行っている。ここは私の家とあって頂ける様、支援を行っている。毎日、その日行う行事、日程、夜勤者の報告より、情報の共有をしている。	理念は玄関に掲示されている。毎朝食時に職員と一緒に利用者も理念を唱和している。毎日の申し送り時や職員会議、家族会等で理念に沿った支援を実践しているか等を話し合い、サービスの向上に努めている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	毎月20日に船戸で行われている老人会(はつか会)に参加し、地域住民との交流は盛んである。関わりやつながりを大切にしている。近隣の小中学校の運動会や町会のお祭りへ参加をしている。また地域の方々からお野菜を頂いたりと交流を大切にしている。	毎月20日に開催される町会の老人会「はつか会」の常連メンバーとして利用者が毎月参加している。盆踊りや御神輿を観に出かけ、近くの農家からは野菜を頂くなど地域住民との交流がある。近くの福祉専門学校の文化祭に行ったり、同校からの研修生を受け入れるなど相互の交流もしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	隣人の方や家族の方に認知症についてのお話をし理解をして頂いている。又、老人会(はつか会)にて近隣住民の方に、はつか会でのキャラバンメイトによる認知症サポートの勉強会を計画している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	北部包括支援センター、民生委員、薬局、消防設備会社、ご家族代表、警察の方々に参加して頂き、事故報告やヒヤリハットの報告をし改善の報告を行っている。また地域で起こった事等の情報共有や、協力医療機関等による薬、衛生に対する講座を開いて頂き、介護サービスの質の向上や事故防止の取り組みを行っている。	北部地域包括支援センター、民生委員、薬局代表等の参加を得て年6回開催した。ホーム運営状況、ヒヤリハット・事故の報告を行い、インフルエンザ対策や地域の情報を基に話し合っている。2月は会議終了後、会議出席者も加わりホットケーキを作り、利用者の日常を見てもらう機会にもなった。家族へは議事録をもとに報告している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	北部包括支援センター主催の研修、2カ月に1度、定期的で開催される、スーパービジョン会議・ネットワーク会議へ参加し、地域医療福祉が連携して支援を行う基盤作りを目指している。認知症サポートの研修を一緒に行う予定である。	市生活支援課と後見人選定で打ち合わせを度々行い、市の協力を得て身寄りのない利用者に対し後見人を選定できた。相談事があれば市高齢者支援課へ直接訪問している。包括支援センター主催のほくほくネット会議に参加し、医師会、歯科医師会などと話し合い、利用者の支援に活かしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	ぬくもりの家では身体拘束「0」として、玄関に身体拘束廃止宣言を掲げている。外部での研修に参加し、施設内の研修に活かしている。玄関の非施錠を含め危険性を確かめ身体拘束「0」の施設を目指している。転倒のリスクのある方にも、見守り、声掛けの強化をしている。	身体拘束は利用者の尊厳を傷つける行為、との強い信念の下「身体拘束ゼロ」宣言をしている。市主催の研修にも参加し、後日、ホーム内で伝達研修を行い情報を共有し、身体拘束をしないケアの実践に努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止宣言を掲げ、外部研修や、所内研修にて、職員全体への理解を深め、虐待のない施設作りを目指している。開設当初から虐待の事例は無い。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	入居者が後見人制度を利用しているので、後見人制度を話し合い、職員間で情報共有している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時、規約書の契約文を全文読み上げ、その後質疑応答を行っている。 十分理解して頂いたうえで、署名押印を頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	月1回の家族への手紙や、毎月月末に家族への近況報告・相談、年2回開催の家族会を行い、相談・課題があれば即対応に努めている。直接話すことが難しい場合を考慮し、玄関に意見箱を設置している。また市役所・国保連の苦情相談受付の電話番号を重要事項説明書に明記してある。地域密着運営推進会議へ参加して頂き、意見をいただいている。	毎月末には家族へ電話して、本人の近況を報告するとともに、家族の生の声を聴くように努めている。家族の声は職員会議で共有し、サービスに反映させている。意見箱も設置されているが、特に意見はない。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	代表者、管理者、ケアマネジャーで定期的に個人面談をし意見や提案、悩み等を聞き、まとめ、職員全員協力して意見を反映する事が出来ている。社員代表、非常勤者を選挙にて選出し、個人的意見を話ずらい場合は、各代表者に届く様努力している。	法人代表は、選挙で選出された職員代表者と就業上の要望を話し合っている。ホーム長は各職員と個人面談をして意見を把握しており、法人代表とホーム長が相談して、運営に反映させている。さらに慰労会やボウリング大会等を代表は開催し、話しやすい雰囲気の間を利用して要望を聞いている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員の実力、功績を見て時給額を上げている。職員の希望出勤時間を聞き取り入れている。職員に緊急があった際も気軽に相談できる環境作りが出来ている。また無遅刻無欠席者には特別賞与を出している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員会議、外部研修参加への声掛けをし、また出席者に時間外手当を支払い、意欲向上に努めている。職員会議、または、日々のケアを見てどのようにケアを行っているかの確認を行っている。 有料研修への参加の際、全額または、一部を会社負担としている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	グループホーム連絡会主催の研修や事業者協議交流会、グループホーム職員交流会に参加し、職員が同業者や、他職種と話をする機会を設け、職員の悩みの相談や、サービスの質の向上に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所時に個人のアセスメントを家族や、前事業所から情報を確保している。本人に親身に接し、話せなくても、表情や行動を観察し関係作りに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所時にご家族様の方々との話をする時間を作り、相談、要望を聞きぬくもりの生活をどのように送っていくか等の話し合いを行っている。困った事や相談・苦情等、電話での相談を受け付けている。 代表者携帯電話での受け付けは、24時間対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前の介護サービス等の利用があったか、居宅にて家族介護のみであったか、又入居に至るまでの経緯を勘案し、入居前のサービスがあった場合は、可能な限り前サービス担当者からも情報を頂き支援の目標等を利用者、家族と一緒に立案している。本人のADLを見て福祉用具の提供や、保険外サービスの提供に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の力を引き出す声掛け、誘導支援をし、日々の生活の中で、洗濯たたみ、掃除、料理等利用者の方々と共にしている。また、職員が利用者に親身に接する事で、信頼関係作り、生活を共にする関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族と利用者が食事を共にする家族会を年2回開催している。月1回の家族への手紙・新聞、月末に近況報告の電話をし、家族に利用者の相談・報告をしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	定期的に、地域の老人会(はつか会)に参加して居るので、地域の人との関わり合いを取れている。いつでも面会に見えても良いように開かれた施設としている。	近くにある法人の系列グループホームで開催の法話会に毎月出掛けており、利用者同士が顔馴染みになっている。また町会の老人会にも開設以来参加して、地域に溶け込んでおり、散歩の途中には近所の方と挨拶を交わしている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日常生活において、利用者への生活支援の中、利用者同士の相性も把握出来ている。日常の中で洗濯たたみ、下膳、テーブル拭きやレクリエーションを通すことで利用者同士が、関わり合いを持っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス利用を終了された家族より、手紙を頂いたり、出しており、時期によっては挨拶をし、家族との関係を深めている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人の思いが自分は唇とかいらない人間の発言に対してどうしてそのようは発言があるのか本人に聞きだしている。職員と本人の関わりが職員事で違うので、職員同士で意見交換して、情報を共有している。	コミュニケーションを大切に、本人の思いや意向等の把握に努めている。入居間もない方には、特に接する時間や会話を多くしている。また意向表出が不得手な方や、自己否定の傾向の強い方などには心の扉を開いて貰えるよう、粘り強く時間をかけた対応をしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	家族や前事業所から情報共有している。入居時、入居後本人から聞くことにより、これまでの生活の把握に努めている。認知症であってもその方の行動から情報を得、支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	その利用者に合った家事仕事やレクを通してその方の有する力を引き出している。何が出来るかを現状把握に努めている。又医師の居宅療養管理指導情報提供書で心身状態を把握している。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族と話し合いをし、希望や情報を伺い、職員から日頃のホームでの様子を聞き課題を決め課題に沿ったケア計画を作成している。実践を個人生活記録に記録している。生活記録には、目標及び支援内容が記されており、全職員、家族と共有している。	本人には日常会話から、また家族からは来訪時や電話で希望等を聞いている。担当職員の意見と、毎日の連絡ノートや職員会議議事録等を基に支援内容を検討見直しして、介護計画を作成している。短期目標は6か月と定め、モニタリングは3か月毎に行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子・ケアの実践を記入し、目標達成に向けて介護計画を見直している。職員会議では月1回プリントをして情報を共有している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の状況に変更があった場合、要望を聞きそのニーズに合った福祉用具、保険外サービス等提供に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	船戸自治会が開催している、老人会、お祭りに参加したり、地域の小学校の運動会を見に行き、地域の方々や子供達とのふれ合いから喜びを得る様に支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医は月2回訪問受診している。訪問歯科は週一回受診している。かかりつけ医から他の専門医が必要な場合情報提供書を頂き受診している。本人の健康管理を月1回家族に情報提供している。入居前受診をしていた医療機関の受診も聞き入れている。	入居前からの通院継続や、ホームのかかりつけ医と両方受診の方もいる。ホームでは月2回のかかりつけ医の往診、訪問歯科の週1回の往診がある。入居前からの通院継続の方や眼科・皮膚科等の専門医受診には職員が対応している。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	かかりつけ医から他の専門医が必要な場合情報提供書を頂き受診している。緊急の場合その都度訪問医に相談して必要な場合訪問診療所の看護を受けている。夜間緊急時も看護師に相談可能である。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した場合は家族や病院の相談員と連携して安心して治療が出来る様に情報交換している。かかりつけ医の相談員とぬくもりの家の職員が情報交換して退院後施設での生活を支援する。必要に応じ担当者会議を開く様に病院の相談員に要望を出して居る。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用者が重度化した場合、家族の要望により事業所が出来る事を説明し家族と施設の方針を共有しかかりつけ医と情報共有して支援している。主治医と本人・家族との相談の場を設けている。	入居時に重度化した場合の事業所方針を説明している。重度化した場合には改めて本人・家族の意向を確認している。本人・家族の希望があり、かつ医療が必要でなければ、医師・看護師・職員のチームで支援に取り組む体制がある。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	利用者の急変や事故発生時のマニュアルを作成している。消防訓練を、自主訓練、消防署立会い訓練の年2回行っている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	ぬくもりの家船戸の避難経路図マニュアルを作成している。緊急職員連絡表を作成している。本社事務所にて利用者避難生活を可能としている。また特別養護老人ホーム四季の里をバックアップ施設とし、協力をいただいている。	消防署指導と消防用設備会社指導により年各1回、利用者も参加して避難訓練を実施している。火元想定訓練では利用者の安全誘導は何がベストか等、訓練後話し合い次に繋げている。非常用として水・食料等を備蓄し、発電機も備えている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者の一人一人の思いを日々聞いている。排泄の誘導時付き添っても大丈夫かの確認をとっている。また声掛け時の声の大きさやタイミング、場合によっては排泄内容が分からない言葉掛けに注意している。	苗字での方、名前の方などその方の希望の呼び方をしている。馴れ馴れしい言葉遣いはしない・節度を持った対応をする等、人格を尊重した対応をしている。排泄や入浴時には羞恥心やプライバシーに配慮した対応に努めている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常生活の中で、利用者の要望を聞く、伝えにくい方には何をしたいかの思いをしっかりと聞き、その後の行動を考えていただく自己決定の機会を作っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者の状態にもよるが、1日の流れを出来る範囲以内で利用者全体で行う支援をしている食事の時間や入浴の日時に柔軟性を持たせている。利用者の要望が出た際対応できるように、職員が掃除や料理をしても動けるようにしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入浴前や、外出時、本人に服装を選んでいただく声掛け、又は職員と利用者が話し合い服装を選んで頂いている。髪型に関してもお声を掛け櫛を使い、髪の毛を整えて頂いている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	テーブル拭き、食事の前の嚥下体操、食事の準備、食器の片付けを利用者と職員と一緒にしている。食事の好みを聞きメニュー作成の参考にもしている。	手伝いの出来る利用者は食事の準備・片付け等を職員と一緒にいき、時にはおせちや誕生日祝い・おやつ作りなども手伝うこともある。また状態に合わせた食形態や食事介助など支援している。食に関するアンケートを実施し、マンネリにならない食事作り心掛けていく。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	メニューには肉や魚、野菜をまんべんなく取り入れており、水分をあまり摂取されなかった方や、食事を残された方が見られた際は、声掛けや時間を変えての提供をしている。糖尿病の方にもカロリーを考え制限。むせや呑み込みの早い方に声掛け支援や、キザミ、おかゆを提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後、利用者の様子に合わせて、歯磨きやうがいをして頂いており、夜間には入歯洗浄剤での消毒をしている。訪問歯科の歯科衛生士による、口腔ケア講習を利用者も含め受講している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	各利用者の排泄時間のタイミングを毎日記入している生活記録表から把握し、トイレへの声掛け、誘導をして排泄して頂いている。状況によってはおむつを無くすケアも努力している。	生活支援記録から排泄パターンを把握し、声掛け・誘導によりトイレでの排泄を支援している。おむつの方には、見守りと時間を決めてのトイレ誘導により、昼間のおむつ外しが出来、自立したトイレが可能となった利用者もいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	日常生活の中で、毎日10時にはラジオ体操や、リハビリ体操への参加をして頂き、食事にヨーグルトを取り入れている。運動不足にならない様に、廊下の往復運動へ参加の声掛け、誘導をしている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入浴の曜日は、月、水、金と決まっているが、利用者からの要望があった際入、月・水・金以外でも浴を出来る様にしている。利用者の状態を会話や体調から察し、無理の無い誘導をしている。	ひとり週3回(月・水・金)の入浴を支援している。希望がある時は入浴日以外でも対応している。入浴は皮膚など身体状況観察の場でもあり、その日の体調など考慮した支援に努めている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	利用者が休みたいと要望が出ている際は、休息を自由にとって頂いている。休憩が必要な様子が見える方に対しての声掛け、誘導をしている。夜間の見回りの際は、なるべく音を立てない様、静かに巡回している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員が各利用者の薬を仕分ける際、その都度服薬説明書を見て仕分けている。服薬説明書をファイルに作成しており、いつでも確認出来る様にしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	日常生活の会話の中で利用者が昔習っていたもの、得意だったものを把握しレクリエーションに取り入れ楽しんで頂いている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	戸外に出かける要望が出た際は、気分転換に外の空気を吸いに散歩へ職員と出掛けたり、買い物のお手伝いをして頂いている。自宅への帰宅希望があれば、お話し対応や家族と相談をして協力支援をしている。	ホーム周りの散歩や、食材購入時に一緒に出掛けられている。ドライブを兼ねて花見や紫陽花・コウノトリ観賞等行っている。毎月定期的に老人会と法話会に参加しており、外出の機会は比較的多い。また帰宅願望の方には家族に協力を依頼している。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	利用者の金銭管理について、お金の管理をどうするか、利用者、家族、後見人と話し合っている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者が家族に電話をしたい際、ご家族に確認を取り、会話ができる機会を作っている。また家族から利用者として電話で話したい際も利用者の状態を説明後可能である。電話は施設内の電話を利用可能としている(長距離でない限り無料で使用して頂いている)。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者がお手洗いを使用后、塩素を含む消毒液を噴霧しお手洗いを清掃している。季節の植物を目に入る場所へ置いたり、行事の飾りつけを利用者と掲示している。	玄関、廊下、居間等の共用の空間は、壁に利用者の作品や季節の飾り物など展示されている。トイレは特に塩素を含む消毒液を噴霧し掃除する等衛生面に留意している。居間から続くウッドデッキでは外気浴をしたり、夏季には夕涼みなど楽しんでいる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者の様子を見ながら、本人が行きたいところへ行き、お話をしたい時は職員や、話をしたい利用者と会話を自由にできている。休息を取りたい時は、本人の居室で休めるようにしている。談話室も設置しており、いつでも使用は基本可能である。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホームのどの部屋を使用するか、使用する食器等は、入居される際、利用者と家族と相談し、その際家具の配置や使い慣れたものを用意して頂いている。居室への持ち込みについては、危険性が無い限り制限を設けていない。	入居前から使用していた馴染みの使い慣れた家具や生活用品など持ち込み、好みに配置している。ベッドの方や床にマットをひき布団の方などそれぞれの生活スタイルで過ごされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	お風呂場、トイレ、手洗い場、居室には名前を掲示しており、自分ができる事は自分で頂く様に自立支援をしている。		